

Benedetto Saraceno

Il (neo) colonialismo della salute globale si manifesta nel deciso predominio di un pensiero occidentale che opera esclusivamente all'interno delle grandi istituzioni di ricerca e formazione, tenendo escluso il mondo reale dei paesi a basso e medio reddito.

**Come l'araba fenice, la *Global Health*, "che ci sia ciascun lo dice, dove sia nessun lo sa"** (1). Pur continuando ad essere un concetto abbastanza vago e polisemico, ormai la nozione di *Global Health* è entrata a fare parte del vocabolario della salute pubblica internazionale (2). La riflessione sulla salute globale promossa dal gruppo Lancet sotto l'instancabile stimolo del suo editor principale Richard Horton è venuta evolvendo negli ultimi mesi. Iniziata come critica della natura neocoloniale della salute globale, oggi la analisi critica della *Global Health* si articola ulteriormente e Lancet Global Health propone la nozione di « salute globale pragmatica » - ***Pragmatic global health*** - (3), come possibile risposta a quelle minacce che continuano a mantenere una sostanziale asimmetria di potere nel pensiero e nelle pratiche della salute globale.

**Le minacce da cui difendersi sono rappresentate dal (neo) colonialismo e dal ricorso a modelli e soluzioni esclusivamente biomedici.** Il (neo) colonialismo della salute globale si manifesta nel **deciso predominio di un pensiero occidentale** che opera esclusivamente all'interno delle grandi istituzioni di ricerca e formazione quali i prestigiosi centri di Harvard, della John Hopkins, di Yale, della London School o dell'Imperial College o, ancora, di Oxford e Liverpool. **Questi centri, di fatto, formulano l'agenda delle priorità di azione e di ricerca** e ispirano le grandi organizzazioni pubbliche e private, quali la OMS o le fondazioni filantropiche (Bill e Melinda Gates Foundation, Global Alliance for Vaccines, Wellcome Trust, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations ecc....) che, con un circolo virtuoso o vizioso (a seconda dei punti di vista), finanziano quegli stessi centri di pensiero e di ricerca. **Insomma, si tratta di una partita tutta giocata in casa, con pochi attori e sempre gli stessi.** Il mondo reale dei paesi a basso e medio reddito resta escluso e/o passivo recipiente di donazioni e protocolli di ricerca sul campo. Se l'obiettivo fondamentale della *Global Health* è quello di operare per diminuire il gap fra paesi ad alto reddito e paesi a medio e basso reddito, **è necessario che i processi decisionali** (l'accesso ai farmaci essenziali, i meccanismi di regolamentazione dei brevetti, il rafforzamento di ogni forma di prevenzione, lo sviluppo di sistemi sanitari accessibili, equi e costo effettivi) **si generino all'interno di consessi internazionali che non siano dominati da organizzazioni non-pubbliche e for-profit** (4,5).

**La seconda minaccia alla salute globale viene dalla tendenza a prendere in considerazione soltanto i fattori di rischio individuali e ignorando i determinanti sociali** e dunque ogni azione e intervento rivolti a contrastare le disuguaglianze e le drammatiche avversità sociali che colpiscono la salute dei più poveri e vulnerabili (6).

Ovviamente, (neo) colonialismo e approcci esclusivamente biomedici determinano uno scollamento fra conoscenze teoriche e bisogni reali.

**Secondo l'editoriale di Lancet Global Health, la salute globale pragmatica, consiste nella adozione di una prospettiva guidata dalle "conseguenze" pratiche degli interventi** piuttosto che da strategie pensate a tavolino e basate su una epidemiologia e una ricerca lontane dalla comprensione dei bisogni reali delle popolazioni locali (7). Lancet si riferisce alla nozione di *usability* applicata agli interventi sanitari che, dunque, dovrebbero essere utili, pratici e concreti e con un impatto evidente sulla salute e il benessere delle persone reali e concrete che sono parte di comunità reali e concrete in paesi concreti.

**Questo pragmatismo che guarda agli effetti reali degli interventi sembra una ovvietà ma è di fatto ciò che manca a molta azione di *Global Health*** : basti pensare alle centinaia di linee guide, di protocolli e di manuali concepiti e generati in centri lontanissimi dai luoghi della loro presunta applicazione e, dunque, sistematicamente, inapplicati. La cosiddetta *implementation research* dovrebbe, appunto, essere una ricerca che costruisce le proprie domande e i propri protocolli a partire dalla concretezza dei bisogni cui si rivolge.

**Tuttavia, ciò implicherebbe una radicale apertura disciplinare ossia strategie decisamente multidisciplinari, multisettoriali, transnazionali e multiculturali.**

- La ricerca qualitativa di orientamento etnografico e antropologico dovrebbe fare parte del normale bagaglio metodologico della *Global Health*, ma non è così.
- Un pensiero che vada ben oltre la prospettiva clinica ma consideri i sistemi sanitari, la loro equità, la loro universalità, i loro meccanismi di funzionamento e finanziamento, dovrebbe integrare il pensiero esclusivamente clinico e promuovere una ricerca sui sistemi sanitari, ma non è così.
- Il consenso e la collaborazione delle comunità locali nel concepire protocolli di ricerca e nel costruire programmi di intervento dovrebbero essere alla base di ogni azione della *Global Health*, ma non è così.

- Infine, l'empowerment degli attori locali dovrebbe, una volta per tutte, cessare di essere una dichiarazione di intenti *politically correct* e divenire una condizione reale e necessaria per potere operare sul terreno della salute.

**Infine, non dimentichiamo che la multi settorialità, la multidisciplinarietà, la multinazionalità e la multiethnicità della *Global Health* non sono assolutamente rappresentate e riflesse negli organismi decisionali non-pubblici**, malgrado tali organismi abbiano un peso determinante nei processi decisionali globali. Tutte queste trasformazioni costituiscono ciò che l'editoriale di Lancet Global Health condensa nella nozione di *Pragmatic global health*. Difficile non essere d'accordo talmente evidenti e condivisibili sono sia le critiche all'attuale modus operandi della *Global Health* sia le correzioni suggerite.

### **Chi potrebbe rifiutare questa specie di «manifesto» promosso da Lancet?**

Nessuno certamente, ma sarebbe anche bene riflettere sul fatto che spesso è lo stesso gruppo Lancet, attraverso il ricco ventaglio di giornali che produce, a contraddire ciò che predica. Tutta la politica di *submissions, reviews* e conseguenti pubblicazioni risente fortemente proprio di quella asimmetria di potere fra occidente affluente e paesi poveri, e non è affatto escluso che il lodevole intento del manifesto proposto sia destinato a restare lettera morta

Benedetto Saraceno, Segretario Generale Lisbon Institute of Global Mental Health

### Bibliografia

1. Metastasio P. Demetrio. II,3. 1731.
2. Salm M, Ali M, Minihane M, Conrad P. (2021). Defining global health: findings from a systematic review and thematic analysis of the literature. *BMJ Global Health*. 6: e005292. doi:10.1136/bmjgh-2021-005292
3. The Lancet Global Health. (2023). Pragmatic global health. *The Lancet Global Health*. 11, Issue 3, March 2023. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00060-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00060-8)
4. Saraceno B. Chi finanzia la Salute Globale. *Salute Internazionale* 30 novembre 2022.

5. Decision making in global health: is everyone on board? [The Lancet Global Health. Vol. 10, Issue 11, 1534, November 01, 2022.](#)  
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00426-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00426-0).
6. Clark(2014)Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized?. *Global Health Action*, 7:1, DOI: [10.3402/gha.v7.23998](#)
7. Galea S. (2013). An Argument for a Consequentialist Epidemiology *American Journal of Epidemiology*, Volume 178, Issue 8, 15 October 2013, p. 1185-1191.